FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 35

LES KYSTES LUTÉINIQUES EN DEHORS DE LA GROSSESSE

(Travail de la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 1941

par

Henri de SOLLIERS

Né le 20 Mai 1914, à St-Denis du Sig (Algérie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse	MATTEI	*Président*
	BOURDE	
	FIGARELLA	*Assesseurs*
	PAILLAS	

MARSEILLE
IMPRIMERIE SAUQUET & MULLOT
49, Rue Edmond-Rostand, 49

1941

LES KYSTES LUTÉINIQUES EN DEHORS DE LA GROSSESSE

(Travail de la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

LES KYSTES LUTÉINIQUES
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

(Travail de la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 1941

par

Henri de SOLLIERS

Né le 20 Mai 1914, à St-Denis du Sig (Algérie).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse	MATTEI	*Président*
	BOURDE	
	FIGARELLA	*Assesseurs*
	PAILLAS	

MARSEILLE
IMPRIMERIE SAUQUET & MULLOT
49, Rue Edmond-Rostand, 49

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL — *Assesseur :* A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE — *Bibliothécaire :* M^lle^ GEORGE

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIERE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	N...
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargé de Cours :

Clinique dermatologique ..... VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. JAYLE
J. PIERI
MOIROUD
CARCASSONNE
BERTHIER
POINSO
SAUTET
DUBOULOZ
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA

MM. ARNOUX
DELPHAUT
CHOSSON
IMBERT
PAILLAS
SALMON
AUDIER
DOR
RECORDIER

Chargé des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale ..... DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

Anatomie descriptive et topographique ..... SALMON
Chimie minérale ..... ARNOUX
Médecine du travail ..... PERIOT
Médecine opératoire ..... DOR
Microbiologie ..... BOYER
Obstétrique ..... CHOSSON
Pharmacie chimique ..... DELPHAUT
Psychiatrie ..... ALLIEZ
Toxicologie ..... GUILLOT
Neuro-Psychiatre ..... ARNAUD

HISTORIQUE

C'est à Rokitansky que revient le mérite d'avoir signalé le premier, l'existence des kystes lutéiniques en 1859. Après lui Klob en publia également quelques cas, et Slawjanski en donna la première description histologique.

Mais il a fallu un demi siècle pour qu'on s'aperçoive que ces kystes sont susceptibles d'exercer une influence hormonale. Au cours de cette période on ne prêtait attention qu'au kyste comme tel, lui méconnaissant toute individualité.

Ce n'est qu'en 1915 que fut signalé un symtôme particulier ; Halban rapporte à cette date six cas s'accompagnant d'aménorrhée. Deux jours après l'extirpation de la tumeur la menstruation se produit. Cet auteur affirme que tout comme un corps jaune, un kyste lutéinique doit empêcher tout flux menstruel, et ainsi en cas de persistance, produire une aménorrhée.

Peu après Kehrer note, associés à cette aménorrhée, des signes secondaires de grossesse.

Ces études simples et claires n'avaient cependant pas rallié l'unanimité des suffrages puisqu'en 1925 Mayer, crut pouvoir prétendre que ces signes étaient dus à une gravidité occulte qu'on n'avait pas diagnostiquée mais qui devait exister dans tous les cas.

L'année 1928 a apporté à la question deux éléments nouveaux. Le premier était une observation de Wagner dans laquelle des symptômes sympathiques de grossesse associés à l'existence d'une tumeur latéroutérine, avaient fait porter le diagnostic de gestation ectopique. Mais pas plus à l'intervention que sur des fragments de muqueuse utérine obtenus par un minutieux curetage il ne fut possible de déceler la présence d'un œuf, tandis que la laparatomie permit l'ablation d'une tumeur kystique de l'ovaire gauche, que

l'examen histologique montra être formée de cellules lutéiniques.

A dater de cette publication il faut donc considérer l'entité clinique de l'affectation comme prouvée.

D'autre part, toujours en 1928, MOULONGUET avait fait une série d'expériences sur les kystes de l'ovaire, en injectant leur contenu liquide à des rates ; il en arriva malheureusement à conclure à l'inactivité sur l'organisme humain des kystes de corps jaune.

MOULONGUET ne pouvait fatalement qu'ignorer les difficultés de la mise en évidence dans ces kystes de l'hormone luteinique, d'où son erreur d'interprétation.

En 1930 fut signalé un tout autre symptôme dont personne ne s'était occupé sérieusement jusque là : la douleur. Des auteurs lyonnais, MOLIN, CONDAMIN et JAMIN en décrivirent une série d'exemples suffisamment probants.

En 1930 également COTTE revient sur le syndrome pseudo-gestatif, le précisant davantage et en recherchant la pathogénie.

Puis furent notées les complications possibles de l'affection, et aussi deux autres symptômes : des hémorragies parfois très abondantes, et un certain virilisme.

Mais la pratique courante des réactions biologiques de la grossesse, en orientant les recherches dans une autre direction leur a vite donné un nouvel essor. Les travaux de DESNOYERS, BRINDEAU, RIEHL, H. et M. HINGLAIS et PORTES ont eu une importance considérable. Ces auteurs ont effectué des dosages d'hormones lutéinique et gonadotrope, qui ont confirmé biologiquement l'entité de la maladie précédemment établie par la clinique.

Aujourd'hui, nul ne peut plus nier l'individualité du kyse lutéinique. Les discussions ne portent que sur les problèmes posés par son existence, problème pathogénique surtout.

Notre travail est basé sur l'étude critique de vingt-huit observations. Il s'agit d'une part de cinq observations que nous a confiées notre maître M. le professeur Figarella et d'autre part, des vingt-trois observations relevées dans la littérature .

PLAN DE L'ÉTUDE

Nous commencerons par passer en revue les différents symptômes possibles, en tâchant de les interpréter. Ce qui constituera une étude clinique de la maladie.

Puis nous passerons aux faits biologiques s'y rapportant : réactions et dosages, effets de l'hormone lutéinique, expériences diverses.

Les constatations anatomiques, tant macroscopiques que microscopiques, retiendront ensuite notre attention.

L'affection étant ainsi décrite sous ses trois aspects, il y aura lieu d'en rechercher la pathogénie, discutant les hypothèses à la lueur des faits.

Enfin nous verrons les différentes thérapeutiques que nous proposent les auteurs, nous efforçant de déterminer les indications propres à chacune d'elles.

FAITS CLINIQUES

Le Sujet

Quel est l'âge moyen des malades ? Parmi les vingt-huit observations que nous avons rassemblées, neuf atteignent ou dépassent trente-cinq ans, deux atteignent ou dépassent quarante ans. D'autre part, trois n'ont pas atteint leur vingt-cinquième année. Nous avons donc affaire le plus souvent à des femmes jeunes, particulièrement autour de la trentaine.

En ce qui concerne les antécédents obstétricaux, nous avons noté cinq fois la nulliparité, sept fois l'uniparité, huit fois la multiparité. Il ne nous semble pas possible de tirer une conclusion quelconque de ces chiffres.

Par contre l'abortus unique ou répété est cité sept fois. Les troubles antérieurs de la menstruation existent dans un tiers des cas : dysménorrhée souvent, parfois ménorragies, plus souvent oligoménorrhée. Certaines affections utéro-annexielles, telles que métrite, salpingite, kyste de l'ovaire, se rencontrent fréquemment aussi dans les antécédents de la malade. Nous pouvons donc dire que les kystes lutéiniques surviennent volontiers chez des femmes à passé gynécologique.

Les autres antécédents, tant héréditaires que personnels, ne présentent rien de particulier.

Le *Syndrome fonctionnel* est extrêmement variable. Le kyste peut se manifester par des tableaux cliniques entièrement différents.

Les signes pseudogestatifs forment l'un des plus intéressants de ces tableaux. Rappelons qu'ils ont été l'objet des premières discussions sur la maladie.

L'aménorrhée existe dans la moitié des cas environ. Elle peut être la seule traduction clinique du kyste. Sa durée atteint facilement plusieurs mois, et c'est souvent à son sujet que les malades viennent consulter.

Il s'y ajoute souvent d'autres signes de grossesse : Les seins augmentent de volume et secrètent du colostrum. La ligne blanche se pigmente. Les nausées, les vomissements font leur apparition. Les auteurs allemands ont insisté sur la coloration bleuâtre que prennent la vulve et le vagin. Le toucher montre un col ramolli, un utérus augmenté de volume quoi que souvent moins que par une grossesse du même âge.

On est donc tout naturellement orienté vers le diagnostic de gravidité. Si le kyste est perceptible sous la forme d'une masse arrondie au niveau d'un cul-de-sac on pensera à une grossesses extra-utérine. L'erreur est fréquente, et d'autant plus regrettable qu'elle entraîne une intervention chirurgicale dont la malade aurait souvent très bien pu se passer.

Comment donc un kyste lutéinique peut-il produire une aménorrhée et des signes secondaires de grossesse ? Il est prouvé que le corps jaune constitue une glande régulatrice de l'ovulation. La persistance de cette glande bloque la maturation de nouveaux follicules de de Graaf. C'est le cycle de l'ovaire qui est suspendu, et avec lui le cycle utérin. Les autres signes sont dûs simplement à l'action de l'hormone du corps jaune.

Après Halban et Wagner, de nombreux auteurs ont étudié cette « pseudogravidité » — Cotte, Ochsner, Kreis en particulier, ont observé que les règles faisaient leur apparition dans les jours suivant l'exérèse du kyste, tandis que l'utérus et les seins reprenaient leur volume normal.

Voici comme exemple une observation de Kreis (N° 1). Une multipare de 35 ans est en aménorrhée de deux mois. Les seins augmentés de volume produisent du colostrum. La vulve est violacée, l'utérus est agrandi et mou. A sa droite on sent une tumeur kystique, mobile, du volume d'une orange. On diagnostique une grossesse de huit semaines, compliquée d'un kyste de l'ovaire. L'intervention est décidée. A la laparotomie on trouve un utérus agrandi, mou, hyperémié. On fait l'exérèse de l'ovaire droit. On y trouve un corps jaune kystique de 22 × 18 × 12 m/m. L'examen histologique montre qu'il est en pleine période d'état. Pensant avoir fait l'exérèse d'un corps jaune gravidique l'auteur s'attendait à voir son opérée faire une fausse couche. Mais il n'en fut rien. En douze jours l'utérus était redevenu petit et dur, la coloration de la vulve avait disparu.

Et on fut forcé d'admettre que les symptômes présentés par cette malade n'étaient dûs qu'à la persistance de corps jaune.

On voit à quel point le kyste lutéinique simule une grossesse. Il est probable que ce que l'on appelait autrefois la « grossesse nerveuse » n'était que la manifestation d'une telle tumeur.

Par contre, il n'existe à notre connaissance aucun cas de fécondation chez une femme portant un kyste lutéinique. Il semble donc que le kyste créé des pseudo-grossesses, mais s'oppose à toute grossesse réelle. Et c'est ainsi que Fraenkel en arrivait à soutenir le rôle de ces kystes dans certaines stérilités. Le mode d'action consiste dans le bloquage de l'ovulation.

Nous voulons parler maintenant des cas où le kyste coïncide avec une forme spéciale d'aménorrhée : l'aménorrhée primitive. On se trouve alors en présence d'une symptomatologie différente.

La malade n'a jamais vu ses règles, sans pour cela que les caractères sexuels secondaires fassent défaut. Cette aménorrhée peut être un symptôme isolé, sans aucun autre trouble, et la femme reste en pleine santé apparente. Mais il s'y associe souvent des troubles nerveux et circulatoires, tels que bouffées de chaleur, épistaxis, acrocyanose, engelures. Les douleurs sont fréquentes aussi. On note encore des céphalées habituelles, un psychisme puéril.

Citons l'observation de Binet et de M^lle^ Devin (N° 23).

M^me^ L.., 23 ans, est stérile en deux ans de mariage. A 12 ans les caractères sexuels secondaires sont apparus, et elle a ressenti quelques bouffées de chaleur, mais les règles ont toujours totalement fait défaut.

Il y a un an elle a subi un traitement pour péritonite tuberculeuse. Au bout de six mois une forte amélioration dans son état l'a faite se considérer comme guérie.

Depuis cinq à six semaines, elle se plaint de douleurs dans le bas ventre, ayant tendance à devenir continues, et s'accompagnant de nausées, vomissements, bouffées de chaleur, forte dysparennie.

A l'examen on trouve une sensibilité de tout l'abdomen; particulièrement au niveau des fosses iliaques. Le corps utérin est normal, mais le col peu développé. L'ovaire droit porte un kyste du volume d'un œuf de pigeon.

On fait une laparotomie qui montre un utérus de dimension et situation normales, avec des adhérences péri utérines, et péri-salpingiennes. Granulations discrètes sur le péritoine intestinal, reliquat vraisemblable de l'infection tuberculeuse. A l'ovaire droit, kyste du volume d'un œuf, flanqué de deux autres plus petits. Ovaire gauche scléro kystique. On pratique l'ablation des deux ovaires.

Examen histologique : gauche : sclérose avec follicules atrétiques. Droit : kystes folliculaires à des stades différents, le plus gros est lutéinisé.

Les douleurs. — Il arrive parfois que l'on intervienne chirurgicalement pour une névralgie mono-ovarienne tenace, et qu'on ne trouve qu'un simple kyste de corps jaune dont l'ablation supprime radicalement les douleurs parfois intolérables dont se plaignait la malade.

Avec Molin, Condamin et Jamin nous distinguerons deux formes de douleurs :

1° *Forme subaïgue et chronique.* — Il s'agit souvent de femmes ayant déjà eu quelques troubles menstruels : les régles étaient irrégulières et douloureuses depuis un abortus ou un accouchement, ou même depuis la puberté. Mais brusquement et sans cause apparente la malade a vu ses douleurs augmenter considérablement et se localiser à un côté. Elle accuse une douleur vive, rebelle s'exaspérant par crises et ne se calmant jamais complètement. Cette douleur a le siège et les irradiations du type ovarien.

L'examen ne révèle pas de grosse lésion, mais l'ovaire atteint est d'une sensibilité extraordinaire.

On peut dire que les douleurs sont une des manifestations les plus fréquentes des kystes lutéiniques, car elles s'associent très souvent aux symptômes propres à un cas particulier. Elles ne traduisent pas une action endocrinienne, il s'agit simplement d'une névralgie dont le kyste est le point de départ ou de phénomènes de compression.

Voici une observation personnelle du professeur Figarella (n° 26) M^me^ C..., 35 ans, consulte en mai 1939 pour des douleurs lombo abdomino crurales, siégeant à gauche du bas des reins au genou. Ces douleurs survenaient de temps en temps au moment des régles, mais sont devenues continuelles. Elles cèdent un peu au repos.

Premières régles à 13 ans et demi, quelques retards au début, puis régulièrement tous les 26 jours. Durée trois ou

quatre jours avec légère douleur à gauche. Il y a sept ans les régles ont été réduites à quelques gouttes un jour par mois tandis que le ventre grossissait. La malade pense avoir eu à ce moment une « grossesse nerveuse ». Métrite il y a cinq ans. Abortus d'un mois il y a un an.

A l'examen on note un bon état général, pas de température. Douleur inguino crurale gauche. Toucher : utérus petit, latéralisé à droite. Accolée à son bord gauche, on sent une masse kystique ronde, rénitente, non douloureuse, du volume d'une grosse orange.

Laparotomie : une masse adhérente à l'épiplon lisse, ronde et du volume d'une grosse orange, est située dans le pelvis sous le côlon pelvien, au devant du rectum. Elle est réunie à l'utérus qui est à sa droite par une trompe qui l'entoure en avant. Il s'agit d'un ovaire gauche kystique. Annexes droites saines. On fait l'ablation des annexes gauches. Suites normales.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un énorme kyste du corps jaune.

On remarquera que la masse kystique n'était pas douloureuse au toucher, ce qui incline à penser que la malade devait ses douleurs à des phénomènes de compression.

Dans l'observation suivante au contre de Molin, il s'agit d'une véritable ovarialgie. (n° 12).

M^me^ B..., 35 ans, entre pour syndrome douloureux iliaque gauche, remontant à plusieurs années.

Elle a été réglée à 12 ans, toujours un peu irrégulièrement, avec douleurs. A eu un accouchement normal il y a six ans et depuis souffre à gauche. Ces douleurs ont d'ailleurs augmenté brusquement il y a environ quatre mois au moment des régles qui ont été particulièremen abondantes et prolongées.

Examen : douleur vive dans la fosse iliaque gauche, irradiant dans la cuisse, exarcébée par la pression. Au toucher l'ovaire gauche est extraordinairement douloureux.

Laparotomie : Cet ovaire porte un nodule du volume d'une noix ayant l'aspect d'un corps jaune très augmenté de volume. Annexes droites normales. Pas d'adhérences. On pratique une castration gauche.

Examen histologique : kyste lutéinique, la paroi étant formée d'une épaisse couche des cellules de corps jaune avec leurs divisions classiques.

Suites opératoires simples. La malade sort ne souffrant plus. Ces deux observations nous montrent bien l'association douleur troubles des règles.

2° *Syndrome aigu.* — Il est d'observation plus rare. Il réalise un tableau de rupture de grossesse tubaire ou de torsion annexielle.

Il s'agit généralement encore de femmes jeunes présentant depuis longtemps des troubles de menstruation. Mais brusquement les douleurs s'exagèrent pouvant aller jusqu'à la tendance syncopale. En même temps des métrorrhagies se produisent, ainsi que fréquemment des vomissements ou des nausées. La malade doit s'aliter.

Le pouls, la température restent normaux, mais la paroi abdominale présente une certaine contracture réflexe. Les renseignements fournis par le toucher sont variables : tantôt on ne trouve aucune lésion évidente, tantôt on sent une masse arrondie, une trompe augmentée de volume dans un cul-de-sac. Le toucher en tout cas est toujours douloureux du côté atteint.

Si la malade se fait immédiatement admettre en milieu hospitalier, elle sera opérée d'urgence avec le diagnostic d'accident de grossesse extra utérine, d'autant que le classique retard des régles avant la crise sera souvent noté. Si elle se néglige, les troubles pourront s'amender plus ou moins. Elle sera exposée toutefois à de nouvelles atteintes, dans l'intervalle desquelles l'accalmie ne sera même pas complète.

Comment une telle crise peut-elle se produire ? Trois mécanismes semblent possibles : l'hémorragie pouvant aller jusqu'à l'inondation péritonéale, la torsion s'il existe un pédicule de longueur suffisante, et la rupture. On a toutefois signalé des cas où l'intervention n'avait montré aucune lésion de ce genre. Force est alors de se rabattre sur l'hypothèse d'un réflexe.

Voici l'observation d'une malade (Service Pr. Figarella) chez laquelle un kyste lutéinique hémorragique voisinait avec une légère réaction appendiculaire (n° 25). Mme R..., 24 ans, réglée tous les 40 jours abondamment, durée sept jours. Elle entre pour une crise analogue aux deux précédentes, datant respectivement de un mois et six mois. Douleur violente au niveau de la fosse iliaque droite, vomissements alimentaires et bilieux. Dans l'intervalle des crises elle a souvent quelques douleurs, moins vives.

A l'examen, douleur dans la fosse iliaque droite, point de Mac Burney sensible. Toucher vaginal : col et corps utérins normaux dans le cul-de-sac droit cordon annexiel dur et douloureux.

A l'intervention on trouve un appendice tuméfié, une trompe droite enflammée. Son pavillon recouvre le pôle supérieur de l'ovaire portant un orifice saignotant au-dessus d'une zone de petits kystes.

On pratique une appendicectomie, et l'ablation des annexes droites.

Examen microscopique : l'ovaire présente une vasodilatation intense des foyers hémorragiques et un kyste lutéinique hémorragique.

Citons encore une observation de Molin, Condamin et Jamin que l'absence de réaction appendiculaire rend peut-être plus démonstrative. (N° 13).

Mme Cl..., 26 ans, rentre pour crise aïgue de la fosse iliaque droite. Les régles régulières ont toujours été un peu douloureuses. A eu deux accouchements le premier au forceps.

Au cours des trois derniers mois des métrorragies ont alterné avec des périodes d'aménorrhée, le tout s'accompagnant de quelques douleurs. Brusquement elle est prise d'une douleur intense et subite qui l'amène à consulter.

A l'examen, utérus un peu gros, masse annexielle droite. On pense à des accidents de grossesse tubaire et on intervient. On trouve un ovaire droit recouvert par l'épiploon infiltré de sang. Foyer hémorragique en contact d'un volumineux corps jaune fissuré. Un point de suture.

Suites simples.

Les hémorragies. — Il peut paraître étrange à première vue, qu'un kyste lutéinique s'accompagne d'hémorragie. Le fait se rencontre cependant presque aussi souvent que l'aménorrhée. Bien que les premiers auteurs, Halban en particulier refusaient de l'admettre, le résultat de l'observation clinique est que la menstruation peut se produire malgré l'existence du kyste.

Ten Berge explique ce phénomène de la façon suivante.

Dans le cycle menstruel, le saignement n'est pas si important que l'ovulation ou les modifications utérines. Celles-ci sont dues à l'action successive de la folliculine et de la progestérone, tandis que l'hémorragie menstruelle a

sa cause dans des impulsions de caractère vasomoteur au niveau du muscle utérin lui-même. Ces impulsions provoqueraient donc un phénomène que les hormones avaient simplement rendu possible.

Au reste le kyste lutéinique hémorragique est souvent un kyste folliculaire, secondairement lutéinisée. Et c'est alors l'hyperfolliculinémie qui est responsable des hémorragies observées.

Le kyste peut être sanguin : primitivement par afflux de sérum et d'hématies en même temps que de liquide de sécrétion des cellules lutéiniques, ou secondairement, par issue du sang des capillaires périphériques gorgés. Si la tension liquidienne augmente par suite d'un nouvel apport de ces capillaires, le kyste pourra se rompre, laisser écouler une plus ou moins grande quantité de sang. Et ainsi se constitue une poche hémorragique, en général unique.

On pourra aboutir à la formation d'un hémopéritoine, ou à l'infarcissement d'un organe du voisinage, trompe en particulier. Ou bien le sang s'écoule à l'extérieur sous forme de métrorragie répétée, et alors la malade, au lieu de présenter les symptômes classiques d'une hémorragie interne, n'accusera que des douleurs d'intensité moyenne, exarcébées au moment des régles. Il n'est pas rare en pareil cas de trouver une ovarite œdémateuse et kystique pré-existente. Certains kystes se lutéinisant, on voit se produire alternativement des troubles dûs à un excès de folliculine (régles abondantes et prolongées) et à un excès d'hormone lutéinique (oligoménorrhée).

En voici un cas (service Pr. Figarella) (n° 28) :

Mme M.., 36 ans, cinq enfants vivants, un mort-né, un avortement. Réglée à 14 ans, normalement sans avance ni retard, durée quatre à cinq jours. Il y a trois mois, retard de règles un mois. Il y a un mois règles normales, mais quelques jours après pertes noirâtes, puis rouges, avec caillots, s'accompagnant de douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiées vers la région sacrée.

A l'examen on trouve un col de multipare, un corps utérin en légère rétroversion. Dans le cul-de-sac droit ont sent une masse dure, douloureuse, constituée par l'ovaire prolabé et la trompe tuméfiée.

On décide d'intervenir, et au cours de l'intervention il se produit une hémorragie au niveau de la trompe droite, qui est augmentée de volume et semble très congestionnée.

L'ovaire droit est oédémateux et porte un kyste. On pratique l'annexectomie.

Examen histologique : ovaire pas de lésion marquante, sauf un kyste lutéinique en formation. Trompe : infarcissement pariétal plus marqué dans les couches externes. On aperçoit une vaste zone nécroticohémorragique, cernée par une réaction histiocytaire et plasmocytaire importante. Tous les petits vaisseaux sont congestifs. On observe encore de vastes dépôts de pigment ocre intra et extra cellulaires. Si les lésions nécrotiques paraissent récentes, la pigmentation marque un processus hémorragique certainement plus ancien.

LE VIRILISME

C'est le dernier des symptômes ayant attiré l'attention des auteurs, vu sa rareté. Il se compose de deux ordres de faits, le plus souvent contemporains.

a) La déféminisation consiste en l'apparition subite ou progressive d'une aménorrhée rebelle à tout traitement. En même temps les seins s'atrophient, deviennent flasques. Puis le pannicule adipeux disparaît, surtout au niveau des membres, rendant saillants muscles et veines.

b) La masculinisation se marque surtout par l'hirsutisme viril : pilosité exagérée sur le visage, le menton, les membres. Au pubis le triangle pileux féminin à base supérieure, est remplacé par le triangle de type masculin, poils remontant jusqu'à l'ombilic.

La peau perd sa finesse, le timbre de la voix change, le faciès devient vultueux et la pomme d'Adam très apparente.

Dans les cas extrêmes les organes génitaux externes sont profondément modifiés. Les formations labiales prennent une ampleur extraordinaire, tandis que le clitoris devient péniforme.

Au point de vue psychique la malade devient violente, d'un caractère difficile, autoritaire.

Le virilisme paraît être avant tout le résultat de l'activité du tissu virilisateur : testicule et cortex surrénal, mais aussi accessoirement, corps jaune (Desaux).

Actuellement, on pense qu'il est dû en pareil cas à l'excès de progestérone. La parenté chimique de cette hormone avec le cholestérol montre bien que ces deux substances peuvent exercer des actions analogues. Et nous verrons

que l'expérimentation apporte un argument de plus à cette manière de voir.

D'autre part, le virilisme de la femme peut avoir une origine ante-hypuphysiaire : Steni signale que l'acromégalie fait dévier son système pileux vers la masculinisation.

Nous aurons à parler du rôle de l'Hypophyse dans la pathogénie des kystes lutéiniques. Il semble qu'il y ait là deux faits en relation.

Voici en tous cas l'observation de Cosacesco, Draganesco et Dinischiotu où la tendance virilisante n'a pu se maintenir après l'ablation du kyste (n° 21).

Chez une femme de 36 ans s'était installé depuis 8 ans, une aménorrhée accompagnée d'importantes modifications des caractères sexuels dans le sens virilisme.

A l'examen on trouvait un utérus un peu petit et un ovaire gauche du volume d'une mandarine. L'opération permit d'enlever cet ovaire et sa trompe et de pratiquer une homogreffe ovarienne en utilisant l'ovaire pris sur une autre malade qu'on opérait en même temps pour fibrome.

La tumeur ovarienne était d'apparence kystique et de couleur jaune. Histologiquement : cellules lutéiniques, et amas de cristaux cholestéiniques.

La réapparition des régles avec regression manifeste des troubles sexuels secondaires et surtout de l'hypertrichose, a suivi de près l'ablation de cette tumeur lutéinique.

Ces faits nous semblent absolument probants.

Les signes physiques. — Nous les avons vus chemin faisant, et nous n'aurons pas à y insister.

Le kyste lutéinique se manifeste essentiellement par une tumeur latéroutérine, perceptible dans la presque totalité des cas. Cette tumeur est en général ronde ou arrondie, elle est constituée par un ovaire kystique. Lorsque la trompe participe à sa constitution, elle a cependant une forme bien moins régulière. Elle est d'autre part douloureuse chez une malade sur deux.

En cas de kyste hémorragique, les lésions perceptibles sont beaucoup plus importantes. Outre que le toucher est devenu très douloureux, on sent une masse volumineuse, douloureuse, molle, capable d'empâter complètement un cul-de-sac latéral et le cul-de-sac de Douglas. Il y a de plus une légère contracture réflexe de la paroi abdominale avec hyperesthésie cutanée.

L'utérus est souvent augmenté de volume. La trompe n'est atteinte que s'il y a hémorragie : infarcissement, hématosalpinx, peuvent dilater fortement l'organe.

Rappelons enfin l'augmentation de volume des seins avec production de colostrum qui fait partie du tableau de pseudogrossesse.

Evolution des troubles. Durée. — Souvent le kyste luténinique régresse spontanément. Cette tendance évolutive marque le caractère plus fonctionnel qu'organique de l'affection. Soit que les troubles endocriniens à la base n'étaient que temporaires, soit pour toute autre raison le kyste disparaît sans aucun traitement, et avec lui les troubles qui en avaient marqué l'apparition. C'est pourquoi des phénomènes qu'on avait rapportés à un début de grossesses puis disparus sont aujourd'hui considérés comme dûs à des kystes lutéiniques (Van Tongeren, Simonet, Petit, etc...)

La regression se fait dans un laps de temps quelques mois parfois beaucoup moins.

Cependant le kyste peut persister pendant des mois même des années. Nous en avons vu des exemples. Une telle durée est toutefois rarement observée. Et il est difficile de dire si cette rareté est le fait de l'affection même, ou de l'intervention que l'on pratique.

Complications. — La rupture du kyste est probablement dûe à des phénomènes d'hyperémie locale. Elle peut causer de grandes hémorragies intra-péritonéales, en même temps qu'une hémorragie vaginale, cliniquement elle simule surtout la rupture de grossesse ectopique.

L'infection se fait par un bacille du groupe typhique et para, ou le colibacille. Les altérations des cellules du kyste sont alors telles qu'il est difficile d'affirmer la nature lutéinique ou folliculaire de celui-ci.

La torsion, encore plus rare n'est évidemment possible que s'il existe un pédicule suffisant. Le tableau clinique est celui d'une torsion de kyste de l'ovaire classique.

Le diagnostic. — Il présente ordinairement de sérieuses difficultés. La pseudogravidité ne pourra bien souvent pas être cliniquement différenciée d'une grossesse, surtout ectopique. L'utérus légèrement augmenté de volume, des pertes sanglantes suivant une aménorrhée de quelques semaines avec signes sympathiques de grossesse, la constatation en-

fin, d'une tumeur latéroutérine, tout concourt à égarer le diagnostic.

Pour l'ovarialgie chronique, la localisation précise des douleurs est aisée à déterminer par leur siège, leurs irradiations, la perception d'un ovaire très douloureux et l'absence de toute autre lésion importante. Mais la cause de cette ovarialgie ne sera pas pour autant connue. Il s'agit souvent là, nous l'avons vu, de femmes présentant depuis longtemps un certain fond d'ovarite slérokystique. L'apparition depuis quelques mois d'un syndrome plus aigu et plus fixe pourra faire penser à une lésion nouvelle, mais il n'est guère possible d'aller plus loin.

Un volumineux kyste lutéinique s'accompagnant de douleurs et de troubles des régles est souvent pris pour un kyste de l'ovaire banal.

Le syndrome de virilisme est peut-être de diagnostic plus facile. Une tumeur ronde, latéroutérine, chez une femme présentant un tel syndrome devrait faire penser à un kyste de corps jaune, encore qu'il n'y ait pas preuve absolue.

Bref, la clinique est généralement impuissante à faire le diagnostic. Les méthodes biologiques sont indispensables à son élaboration.

En cas de syndrome aigu toutefois, l'intervention d'urgence s'impose et le diagnostic sera rétrospectif.

FAITS BIOLOGIQUES

Les réactions biologiques. — La pratique des réactions biologiques de la grossesse a donné, nous l'avons dit, un nouvel essor aux recherches.

Pendant longtemps la négativité de ces réactions a été considérée comme obligatoire, et c'est ainsi que PROBSTNER, VAN ROOY et autres lui attribuaient une grande valeur diagnostique. On peut cependant avoir des réactions positives. PORTES s'en aperçut le premier, et fit à propos d'un tel cas une communication à l'Académie.

En voici un exemple : (Pr. FIGARELLA) (n° 27) :

Une femme de 33 ans consulte en juin 1939, pour douleurs abdominales gauches. Le début des troubles remonte au 20 mars. Jusqu'alors les régles étaient régulières (28 jours), et un peu douloureuses. A cette date la malade a ressenti une douleur très violente, brève, qui a été suivie de métrorragies pendant quelques jours. Puis ce sont installées d'autres douleurs du côté gauche, variant d'intensité. En même temps le ventre a grossi, les digestions sont devenues lentes, la constipation est apparue, ainsi que des nausées matinales. La malade n'a plus eu ses régles depuis trois mois. Une réaction de BROUHA-FRIEDMANN pratiquée en avril a été positive.

A l'examen le ventre est ballonné ,'utérus petit. A sa gauche, un ovaire kystique. A droite on sent caché sous le côlon pelvien, une masse kystique du volume d'une petite tête d'enfant.

L'intervention est décidée. Sous de multiples adhérences épiploo-colo génitales les deux ovaires apparaissent kystiques. On pratique une hystérectomie subtotale.

Examen histologique : il s'agit de kystes lutéiniques.

Kayser, Couvelaire, Amaral, Silva José ont observé le même phénomène. La symptomatologie comporte toujours des signes pseudogravidiques quand la réaction de Brouha-Friedmann ou d'Ascheim-Zondeck est positive. Et voilà nos auteurs plus orientés que jamais vers un diagnostic de grossesse que l'acte opératoire vient ensuite infirmer.

Puisque ces réactions ne permettent pas de trancher la question du diagnostic, on a voulu en trouver d'autres.

La mise en évidence dans les humeurs de progestérone serait une preuve de l'activité biologique du kyste lutéinique en même temps qu'une réaction caractéristique. Malheureusement c'est là une recherche difficile. Thiels, Clauberg pensent que la difficulté vient de l'instabilité chimique de l'hormone. Plus récemment Philipp, Siegmnud ont pu la mettre en évidence. Mais le problème est toujours à l'étude.

On a eu l'idée de rechercher dans le sang, et surtout dans l'urine, les hormones gouadotropes. Cette recherche s'est tout de suite révélée très intéressante, car elle montre des taux très bas comparativement à ceux que l'on trouve dans la grossesse. Desnoyer a trouvé 75 unités de prolan B par litre d'urine. Brindeau, Riehl et Hinglais 66 et 120.

C'est ce qui a fait dire à Brindeau : « La faible quantité de prolan B. éliminée par des urines permettrait d'écarter dans de pareils cas l'hypothèse d'une grossesse vivante, et le doute ne saurait subsister qu'entre une grossesse morte et un trouble endocrinien. »

Cette élévation relative des principes gonadotropes constitue en effet dans l'état actuel de nos moyens, le meilleur signe diagnostic du kyste lutéinique. Si on songe qu'elle établit en même temps l'entité biologique de l'affection, il n'est pas exagéré de dire que c'est là une découverte d'une importance considérable.

Les expériences. — On peut pratiquer à partir du kyste prélevé chirurgicalement, ou à partir de la progestérone elle-même.

Moulonguet a étudié l'histophysiologie des ovarites kystiques. Il ponctionnait le liquide du kyste pour l'injecter à une rate castrée qu'il sacrifiait quarante-huit heures plus tard. Le liquide des kystes folliculaires produisait l'œstrus, tandis qu'aucune action ne se manifestait avec celui des kystes lutéiniques. L'auteur concluait que les kystes de corps jaune étaient une lésion sans effet sur l'appareil gé-

nital de la femme. C'était là une conclusion un peu hâtive, que personne n'admet plus aujourd'hui.

Il y a lieu de penser, en effet, que l'hormone du corps jaune fabriquée est aussitôt utilisée, de sorte qu'il n'en existe qu'un excès très faible.

Chimiquement, la progestérone répond à la formule brute C. 21 H 30 O 2. Elle a les propriétés d'une diacétone tétracyclique à une liaison éthylénique. Sa parenté est proche avec le cholestérol. On peut l'extraire du corps jaune de truie, l'urine ou le placenta de la femme en contenant trop peu. La synthèse est possible à partir du stigmastérol, retiré de la fève de Calabar ou du soja.

Béard, en 1897, constatait l'influence inhibitrice du corps jaune sur l'ovulation. Le fait peut être reproduit expérimentalement par des injections de progestérone.

Et ainsi s'explique l'aménorrhée produite par le kyste lutéinique qui n'est biologiquement qu'une hyperlutéinémie.

Les injections de progestérone font de plus subir à la muqueuse utérine la transformation prégravidique. Cette transformation consiste en une prolifération considérable de l'épithélium et du chorion, au point que l'organe augmente de volume. L'action préparatoire de la folliculine n'est pas nécessaire, puisque Hisaw, Greep et Fevold obtiennent la transformation par l'injection de fortes doses d'hormone synthétique à la guenon castrée.

C'est là une réaction spécifique, car ni la folluciline ni l'extrait de parenchyme ovarien dépourvu de corps jaune ne peuvent la reproduire.

Nous avons vu, en effet, cette augmentation de volume de l'utérus. Le prélèvement d'un fragment de muqueuse dans le but de rechercher histologiquement un état progestationnel serait un excellent moyen de diagnostic si tout curetage n'était contre-indiqué quand on soupçonne une grossesse.

Mais la transformation prégravidique de la muqueuse utérine contribue à établir l'entité biologique du kyste lutéinique. Brouha et Desclin ont montré que la progestérone produit une mucification de la muqueuse vaginale. D'où la coloration violacée de la vulve et du vagin.

Ancel et Bouin ont montré l'action hyperplasiante qu'il est possible d'obtenir sur la glande mammaire par l'association folliculine-progestérone. Voilà expliquées les réactions observées au niveau des seins.

Nous avons parlé de la parenté chimique entre progestérone et cholestérol. Il est reconnu aujourd'hui certaines corrélations entre l'ovaire et le foie. Les deux organes élaborent du cholestérol celui-ci par cyclisation d'acides gras saturés, celui-là par désintégration de certaines cellules. Les corps œstrogènes apparaissent aux dépens du cholestérol ou de substances voisines. Il semble y avoir dans le follicule une sorte de balancement entre les sécrétions de progestérone et de cholestérol.

Or, les principes androgènes mâles dérivent eux aussi du cholestérol dont ils sont également chimiquement voisins. L'analogie chimique entre progestérone et corps androgènes se double d'une certaine analogie biologique car seuls ces corps peuvent, à très forte dose, amener la muqueuse utérine à l'état progestationnel.

C'est dans cette double analogie que nous voulons voir la raison des manifestations de virilisme causées par certaines tumeurs lutéiniques.

Résultats de l'Hormonothérapie.

Puisque tout se passe comme si menstruation et sécrétion lutéinique ne pouvaient coexister, l'hormonothérapie lutéinique doit être le traitement des hémorragies utérines fonctionnelles, c'est-à-dire sans lésion de l'organe telle que néo, fibrome ou polype. On utilise une solution huileuse d'hormone obtenue par synthèse. Les résultats sont parfois surprenants par leur vigueur, surtout chez les femmes jeunes.

Ceci constituerait une nouvelle preuve, s'il en était besoin, de l'action inhibitrice du kyste de corps jaune sur la menstruation.

Rapports avec le chorio-épithéliome et la mole hydatiforme.

La fréquence du kyste lutéinique dans la môle hydatiforme est nombrée, selon les auteurs de 20 à 95 % pour certains même 100 %.

La date d'apparition du kyste est très variable. Il peut même se manifester qu'après l'avortement molaire. Cette date est d'ailleurs difficile à préciser.

Le volume du kyste varie lors des examens successifs : on perçoit une masse para-utérine renitente, élastique, qui souvent repousse l'utérus d'un côté. Les phénomènes de compression, la torsion, la rupture sont rares.

Les réactions biologiques montrent des quantités d'hormones très supérieures à celles de la grossesse normale. Siegmund qui a donné les chiffres les plus élevés, trouve jusqu'à 10.000 unités souris de follicule, 70 unités lapins d'hormone du corps jaune, et 200.000 unités souris d'hormone gonadotrope par litre d'urine. L'évolution du kyste après l'expulsion molaire est variable. Tantôt il régresse complètement en un à trois mois. Tantôt il persiste ou s'accroît encore.

La valeur pronostique est encore discutée .Lorsqu'il y a régression pure et simple, Laflotte pense que la malade est garantie contre toute dégénérescence maligne. Cette opinion a été jugée catégorique. Lorsque, par contre, le kyste apparaît ou augmente après l'avortement molaire, on saccorde à penser qu'il y a lieu de craindre l'apparition d'un chorio-épithéliome. D'où l'importance des réactions biologiques persistantes.

Fraenkel, Resinelli, disaient que les kystes lutéiniques existant en cas de môle hydatiforme dérivaient de corps jaune. La majorité des auteurs les considèrent, au contraire aujourd'hui comme provenant de follicule atrétiques, car il y a multiplicité des kystes, coexistence possible avec un corps jaune gestatif normal. La dégénérence molaire serait la lésion primitive, le kyste n'étant que la réaction de défense de l'organisme contre un hyperfonctionnement des villosités choriales du placenta. Hyperfonctionnement qui se traduirait par la mise en liberté de cette énorme quantité de principes gouadotropes et œstrogènes. Une preuve de ceci est qu'il y a toujours augmentation marquée de principes gouadotropes en cas de kystes, alors que la réciproque n'est pas vraie.

FAITS ANATOMIQUES

Les constatations opératoires.

Moulonguet disait que le kyste lutéinique était en général unique. Sur ce point non plus nous ne pourrons partager son opinion. Il est fréquent, en effet, de trouver à la simple inspection des lésions et organes en place, plusieurs kystes. Une fois sur quatre on en voit aux deux ovaires. Si l'on songe encore qu'une ou plusieurs formations kystiques peuvent de par leurs dimensions être invisibles à l'œil nu, et que l'opération la plus fréquemment pratiquée, ne portant que sur un ovaire empêche tout contrôle au microscope sur l'autre côté, il semble que la bilatéralité est presque de règle, l'autre ovaire paraissant indemne, portant en réalité des microkystes.

Les dimensions des kystes peuvent varier dans de larges limites. Parfois ils ne modifient pas le volume total de l'ovaire, parfois ils atteignent les dimensions d'une tête d'enfant. Le plus souvent l'observateur compare le volume à celui d'un œuf de pigeon, d'une orange, etc... La surface est mammelonnée, plissée, la coloration jaunâtre ou brun-clair. La ponction ramène un liquide épais, de teinte jaune clair à brunâtre, pouvant d'ailleurs être hématique.

Un kyste très volumineux refoule complètement le parenchyme ovarien qui n'apparaît plus que sous la forme d'un petit nodule à surface, mais il n'amène que très rarement la destruction anatomique de la glande. Observons que la destruction fonctionnelle suit le même sort, car la clinique nous montre que des grossesses sont possibles après l'opération.

Le très gros kyste a contracté s'il est ancien des adhérences avec l'épiploon, le côlon, la trompe, l'anse sigmoïde. Nous en avons vu des exemples.

Un certain degré d'œdème peut s'observer au niveau du restant de l'ovaire, qui est souvent aussi, scléreux, kystique, ou les deux à la fois.

L'augmentation de volume de l'utérus, que les auteurs décèlent cliniquement, se retrouve à la laparotomie : l'organe est dilaté, mou, hyperémié. Les trompes sont généralement indemnes, ou un peu congestionnées.

Tel est l'aspect ordinaire des lésions. Il en va différemment lorsqu'il y a hémorragies. Outre un épanchement sanguin plus ou moins important, on trouve généralement un ovaire, une trompe très congestifs, augmentés de volume. La poche hémorragique qui n'est autre que le kyste rompu est en général unique. La sclérose de l'ovaire devient le fait saillant. Le sang répandu infiltre les organes voisins. Il est rare qu'il pénètre dans la trompe, qui reste plutôt rouge flexueuse atteinte de périsalpingite ou s'englue dans une gangue adhérentielle. Gillemin a observé cependant un cas d'hématosalpinx dans lequel d'ailleurs le sang s'était coagulé (N° 11).

Une femme de 34 ans consulte pour métrorragies. Les pertes noirâtres, reparaissent régulièrement avec douleurs lancinantes dans le bas-ventre. L'examen montre un utérus agrandi avec col entr'ouvert, et une masse annexielle gauche volumineuse, douloureuse, se prolongeant jusque dans le Douglas. Pas de défense pariétale, ni d'hyperesthésie.

Le diagnostic porté est celui de grossesse extra-utérine. L'auteur intervient le lendemain. La trompe gauche a le calibre d'une banane dans ses trois quarts externes. Son pavillon adhère à l'ovaire. On fait l'ablation en bloc des annexes gauches. Examen anatomopathologique de la pièce : vaste poche hémorragique appartenant à l'ovaire et au contact d'un kyste du volume d'une cerise. Cette poche est en communication avec le pavillon de la trompe, qui le met en communication avec le conduit tubaire dilaté et rempli d'un volumineux caillot.

La paroi du kyste est histologiquement constituée par une couche fibreuse épaisse très vascularisée et tapissée d'éléments épithéliaux lutéiniques en voie de dégénérescence. Par ailleurs, aucun vestige chorial.

Les constatations histologiques.

La paroi du kyste comprend trois couches : interne, cellulaire — membrane limitante — et couche externe fibreuse.

a) Couche interne. — Elle est constituée essentiellement par les cellules lutéiniques, ne différant pas sensiblement des cellules d'un corps jaune normal. Ce sont des

éléments arrondis ou polygonaux, à cytoplasma clair, à noyau arrondi, bien coloré. On y trouve un pigment assimilable à celui du corps jaune, colorable en noir par l'acide osmique tout comme la progestérone. Ces inclusions sont des lipides voisins du cholestérol, et Russels a constaté que le liquide du kyste lutéinique donne les mêmes bandes spectroscopiques que le pigment lutéinique.

Watrin a établi par des colorations microchimiques que la cholestérine s'élève à 10 0/00 dans le corps jaune à son maximum d'activité, pour diminuer à 2 0/00 à la période de régression. D'où l'abondance de ce pigment dans les cellules du kyste.

Ces cellules se disposent en une seule assise ou en un revêtement stratifié, formant souvent des travées radiées. Plus on approche de la cavité, plus elles sont applaties par la pression intra-kystique.

Dans cette couche interne existent encore des cellules en dégénérescence vésiculeuses, sans enclaves lipoïdiques. Certains kystes renferment aussi des restes épithéliaux de cellules cylindriques, analogues à celle du follicule avant sa transformation lutéinique.

b) Membrane limitante. — S'appliquant sur la couche précédente, cette membrane est analogue à la vitrée située entre la granuleuse et la thèque interne du follicule.

c) Couche externe. — Fibreuse elle se continue sans transition avec le tissu conjonctif de l'ovaire. Cette couche renferme elle aussi des cellules lutéiniques groupées en cordons ou amas essaimant parfois très loin.

Les trois couches ne sont pas toujours aussi nettement visibles que peut l'exprimer un schéma. La paroi interne peut être très amincie et même disparue en maints endroits, les travées des cellules lutéiniques laissant entre elles de larges intervalles. Entre cellules folliculaires et cellues lutéiniques des formes de transition sont possibles qu'il est parfois malaisé d'intensifier. C'est pourquoi Moulonguet préférait l'analyse physiologique de ces formations à leur étude morphologique, la réponse obtenue par le test de la rate castrée étant toujours formelle. Mais cette analyse ne portant que sur la folliculine et non sur la progestérone est, par conséquent, insuffisante et ne permet la distinction qu'entre kyste folliculaire lutéinisé et corps jaune kystique, le premier renfermant seul la folliculine.

ESSAI PATHOGENIQUE

Il s'agit maintenant de rechercher la nature et l'origine du kyste lutéinique, puis le ou les facteurs déclanchant son apparition. Enfin les répercussions sur la sphère génitale, les glandes, et l'organisme en général.

QU'EST-CE QU'UN KYSTE LUTÉINIQUE ? AUX DÉPENS DE QUOI SE FORME-T-IL ?

Il peut résulter d'une évolution spéciale d'un corps jaune, ou provenir de la transformation lutéinique d'un follicule.

Nous avons vu qu'historiquement kyste lutéinique et corps jaune ont le même élément caractéristique : la cellule lutéinique. Mais la constatation d'un corps jaune normal au milieu de kystes lutéiniques multiples appuie la seconde hypothèse. La recherche de la follicule dans le kyste, pratiquée, après MOULOUGUET par COTTE et PAYOT n'est pas toujours négative. Or, la folliculine est absente du corps jaune normal. Il semble donc que les deux processus soient possibles, d'autant plus que certains kystes renferment des cellules cylindriques analogues aux cellules folliculaires, alors que d'autres en sont dépourvus.

Ainsi il y aurait lieu de distinguer :

a) Le corps jaune kystique, tumeur développée aux dépens d'un corps jaune menstruel, ne renferment ni folliculine ni cellules cylindriques. Représentant la forme la plus pure d'hyper lutéinémie il occasionne aménorrhée, hypertrophie utérine, signes sympathiques de grossesse, virilisme.

b) Le kyste folliculaire lutéinisé qui injecté à la rate castrée produit par conséquent le rut, et contient des restes de formations cellulaires de type folliculaire. Ce kyste pour-

rait être la réaction de défense de l'organisme contre une hyperfolliculinémie, la présence de cellules lutéiniques essainées dans l'ovaire montrant que cette réaction dépasse le cadre d'un follicule et est due à un processus général de défense venant d'ailleurs. Cliniquement, ce kyste pourra coïncider soit, avec les symptômes du précédent, soit avec des hémorragies, selon l'hormone qui s'y trouvera en excès c'est-à-dire selon que la réaction n'aura pas atteint pleinement son but ou l'aura dépassé. On pourra d'ailleurs observer successivement les deux alternatives chez une même malade.

Qu'est-ce qui déclanche son apparition ?

Tout d'abord nous écartons l'hypothèse selon laquelle le kyste serait primitif car il faudrait admettre qu'il peut provoquer la sécrétion des hormones goudotropes hypophysaires. Nous avons vu qu'il est plus logique de penser que le kyste est dû à l'élévation du taux de ces hormones.

Le kyste lutéinique semble donc être une lésion ovarienne secondaire, et secondaire vraisemblablement à un trouble endocrinien. De quelle origine ? Un certain nombre de faits, tant cliniques qu'expérimentaux, tendent à faire intervenir ici l'hypophyse.

Expérimentalement, la persistance d'un corps jaune ou l'injection d'extraits lutéiniques a sur l'hypophyse une action encore mal connue. Par contre, l'hypophysectomie supprime rapidement toute activité ovarienne, et nous savons que la formation du corps jaune est déclanchée par le prolan B, distinct du prolan A, de maturation folliculaire. L'injection de prolan B ou la greffe d'antéhypophyse augmentent la formation de progestérone. Une perturbation hypophysaire pourrait donc très bien amener l'apparition d'un corps jaune anormalement développé et kystique. Et quand un kyste lutéinique survient sur un terrain visiblement hyperfolliculinémique (règles abondantes préexistantes, que rien d'autre ne saurait expliquer), pourquoi ne serait-ce pas l'hypophyse qui se chargerait d'effectuer la défense de l'organisme contre cet excès ?

Cliniquement : Wagner a publié le cas d'une femme de 34 ans présentant des signes secondaires de grossesse avec quatre mois d'aménorrhée. La laparotomie ne montra que de multiples kystes lutéiniques et un utérus agrandi et mou, sans la grossesse tubaire à laquelle on avait cru. Craignant

alors un chorio-épithéliome, on extirpa tout l'appareil génital, mais les examens histologiques n'en montrèrent pas plus que de gestation ectopique ou non — deux semaines plus tard, on découvre une tumeur de l'hypophyse, probablement adénome bénin, que le neurologue estime dater d'au moins trois mois. Il est donc probable que cette croissance hypophysaire était la cause de la prolifération lutéinique.

En 1933 Van Rooy observait un cas analogue. Une jeune fille de 15 ans fait une chute qui occasionne une légère commotion cérébrale. Ensuite, pendant six mois elle est en aménorrhée et présente des signes sympathiques de grossesse. Elle est pourtant vierge. L'utérus est petit et dur, le volume de l'ovaire normal. On peut donc admettre que la commotion a produit une perturbation hypophysaire assurant la continuation de sécrétion de prolan B. L'auteur a d'ailleurs obtenu la réapparition des règles par des injections de folliculine et de prolan A.

Nous ajouterons un argument de plus : Le virilisme de la femme peut avoir une origine antéhypophysaire. N'est-il pas permis de penser que l'hypophyse tient sous sa dépendance, avec le virilisme, les autres symptômes du kyste lutéinique, et le kyste lui-même ?

Répercussions sur l'organisme.

Nous avons parlé des répercussions du kyste sur la sphère génitale en étudiant la symptolatologie. Bloquage de l'ovulation et prolifération de la muqueuse utérine sont les principales. En ce qui concerne la musculature utérine, les expériences de Knaus mettent en évidence l'action inhibitrice du corps jaune sur son excitabilité. L'emploi d'extraits lutéiniques a donné le même résultat. Rappelons encore l'action mucifiante sur la muqueuse vaginale.

Les relations avec certaines glandes endocrines sont peut-être le domaine de recherches le plus fertile, car leur connaissance complète permettra sans doute, non seulement d'achever de résoudre le problème pathogénique, mais aussi d'instaurer de nouvelles thérapeutiques.

Avec l'hypophyse la corrélation semble certaine. Reste à déterminer exactement l'action sur cette glande des extraits lutéiniques.

La tyroïde a une action inhibitrice sur le corps jaune, qui a lui-même une action frénatrice sur la fonction thyroïdienne.

Pour la surrénale ses rapports avec le corps jaune sont très étroits puisque les deux glandes ont la même origine embryonnaire wolfienne. Tandis que l'injection d'extraits surénaux produit une lutéinisation précoce des ovaires, la sécrétion lutéinique peut dans une certaine mesure compenser une insuffisance surrénale.

La progestérone confère enfin au kyste lutéinique la propriété d'élever l'azote non protéique du sang, la glycémie, la cholestériménie. Le métabolisme basal est augmenté, le système nerveux sympathique excité.

THERAPEUTIQUE

Les méthodes.

Les injections de folliculine ont été conseillées pour combattre l'hyperlutéinémie. L'idée semble logique, mais n'oublions pas que le kyste peut n'être qu'une réaction défense de l'organisme contre une hyperfolliculinémie.

De même, un traitement par le prolan A risquerait, en activant la maturation de nouveaux follicules, de préparer le terrain au processus lutéinisant sans agir sur lui.

Van Rooy propose les vagotoniques, la progestérone étant sympathicotonique.

En admettant un trouble hypophysaire primitif, on pourrait agir contre. Mais une telle médication n'est pas possible dans l'ignorance où nous sommes de ce dysfonctionnement.

La difficulté d'instituer un traitement médical est un argument de plus en faveur d'une attitude purement expectative, toutes les fois que la nécessité ou l'urgence d'une intervention n'apparaissent pas. Engelhard, Halban conseillaient déjà d'attendre la disparition spontanée du kyste.

Kakuschkin n'hésite pas à agir manuellement sur un kyste de l'ovaire. Par le palper toucher combiné il s'efforce de provoquer la rupture ou l'énucléation de la formation.

Le traitement chirurgical, ultime ressource, est aussi conservateur que possible. On enlève le kyste en respectant dans toute la mesure où on le peut le parenchyme ovarien non atteint, pour conserver une glande endocrine active. Mais bien souvent l'importance des lésions oblige à pratiquer une opération plus étendue : ovariectomie, annexectomie, etc...

Les résultats.

Le traitement médical n'a que peu de succès à son actif. Van Rooy a cependant obtenu le retour d'une menstruation régulière par l'association folliculaire-prolan A chez la jeune fille chez qui une perturbation hypophysaire par commotion cérébrale apparaissait comme l'origine des troubles. L'expression manuelle du kyste a donné à son auteur de très bons résultats. Kakuschklin déclare en obtenir, selon le cas, l'arrêt des métorragie ou le retour des règles.

La chirurgie ne connait pas l'échec, c'est la cure radicale. S'il y avait aménorrhée, les règles apparaissent dans les quelques jours qui suivent ; toutes les modifications au niveau de l'utérus, des seins, les signes sympathiques de grossesse régressent complètement en deux semaines au maximum.

Dans la forme ovarialgique, le résultat thérapeutique de l'intervention est plus rapide encore : la malade constate aussitôt la disparition de ses douleurs.

Dans la forme hémorragique, on obtient également la disparition des troubles. La menstruation reprend son rythme régulier.

Enfin, les manifestations de virilisme régressent elles aussi après ablation de la tumeur lutéinique, mais beaucoup plus lentement. Un an en moyenne est nécessaire pour obtenir le retour à l'état normal.

Les indications. — L'abstention pure et simple se justifie par la tendance naturelle évolutive des kystes, jointe au fait que les malades sont jeunes. On surseoira donc à l'intervention aussi longtemps que ce sera possible. Aucune dégénérescence carcinomateuse n'est à craindre et le risque de complication difficile à évaluer très faible en tous cas.

L'indication opératoire sera posée quand il y aura hémorragies répétées, ou douleurs persistantes. La rupture du kyste avec inondation péritonéale impose naturellement l'intervention d'urgence.

Hors ces cas, un traitement hormonal pourra de ci, de là, être essayé dans l'espoir d'obtenir la dégénérescence du kyste. Encore ne devra-t-on le tenter que si aucune hyperfollicilinémie préexistante n'apparaît.

Les manœuvres manuelles directes sur le kyste peuvent sembler une méthode séduisante par sa simplicité et

sa rapidité. Mais ne risque-t-on pas en provoquant la rupture de provoquer aussi une hémorragie importante ? Le procédé ne nous paraît à employer qu'avec la plus grande prudence.

Vu et Approuvé :
Le Président du Jury :
MATTEI.

Vu et Approuvé :
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et Permis d'imprimer :
Aix, le 13 Mars 1941
Le Recteur :
PIERRE MASIL

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

BIBLIOGRAPHIE

Amaral Silva José. — Kyste du corps jaune avec réaction d'Aschheim-Zondeck, simulant une grossesse ectopique (*Revista Gynecologia d'Obstetricia,* 1937).

Belot (Thérèse). — Etude pathogénique et thérapeutique du syndrome de virilisme de la femme pubère (*Thèse Méd. Paris,* 1937).

Brindeau, Riehl H. et M. Hingbais. — Présence d'une forte quantité d'hormone lutéinisante dans les urines dans un cas de kyste lutéinique (*Revue Française de Gynécologie et Obstrébrique,* 1935)..

Cotte. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.

Cotte. — Kystes du corps jaune et aménorrhée (*Lyon Chirurgical,* 1930).

Desaux. — Développement anormal du système pileux et désordres endocriniens à l'époque de la puberté ou de l'adolescence (Hôpital, avril 1938).

Ehrhardt. — Remarques sur les hormones ovariennes et particulièrement sur l'hormone du corps jaune (*Münchener medizinische Wochenschrift,* 1934).

Figarella. — L'hormonothérapie gonadotrope dans cinq cas d'aménorrhée primitive (*Marseille Médical,* 15 février 1941).

Figarella et Imperti. — L'hormone lutéinique dans les hémorragies utérines fonctionnelles (*Marseille-Médical,* 1939).

Figarella et Serafino. — Les corrélations hépato-ovariennes (*Revue Française de Gynécologie et Obstétrique,* 1939).

Figarella. — Les kystes lutéiniques. Problèmes cliniques et thérapeutiques (*Soc. Chir. Marseille,* 17 mars 1941).

Forgue et Massabuau. — Gynécologie.

Guillemin. — Hématosalpinx par rupture d'un kyste lutéinique (Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, 1934).

Greenhill. — Kyste du corps jaune rompu et hématosalpinx non rompu chez un nullipare (*American Journal of Obstétr. and. Gynécol.,* 1930).

KAYSER. — Un cas d'infection paratyphique d'un kyste du corps jaune (*Acta Obstetricie et Gynecologie Scandinavia*, 1934).

KAKUSCHKIN. — L'influence de l'écrasement et de l'énucléation du corps jaune sur la menstruation (*Gynécologie Obstétrique*, 1939).

KREIS. — Aménorrhée avec symptômes de pseudo-grossesse due à un corps jaune persistant ou à des kystes lutéiniques (*Revue Française de Gynéc. et Obstétr.*, 1935).

METZGER. — Le chirurgien devant l'état puerpéral.

MOLIN, CONDAMIN et JAMIN. — Kystes du corps jaune et corps jaunes hypertrophiques et les syndromes douloureux aigus de l'ovaire (*Lyon-Médical*, 1930).

MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen.

MOULONGUET. — Les diagnostics anatomocliniques de Lecène. Appareil génital de la femme.

MOULONGUET. — Etude histophysiologique des ovarites kystiques (*Annales Ana. Patho. et Anat. Norm. Méd. Chirurg.*, 1928).

PETIT. — Contribution à l'étude des kystes lutéiniques (*Thèse Méd. Paris*, 1938).

PICAUD. — Les hémorragies de l'ovaire (*Thèse Méd. Marseille*, 1935).

PLATE. — Une forme rare de folliculome de l'ovaire (*Gynécol. et Obstétr.*, 1933).

RIGHINI. — Les aménorrhée primitives (*Thèse Méd. Marseille*, 1939).

SIEGMUND. — Effets biologiques des hormones des kystes lutéiniques existant dans la môle et le chorioépithéliome (*Zentral Blatt fur Gynacologie*, 1934).

SIMONET et ROBEY. — Le corps jaune.

TEN BERGE. — Les kystes lutéiniques (*Gynécol. et Obstét.*, 1938).

VAN TOUGEREN. — Pseudogravidité par les kystes lutéiniques (*Gynécologie et Obstétrique*, 1936).

VARANGOT. — Les tumeurs de la granulosa (*Thèse Méd., Paris* 1937).

VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.

WEHRUNG (M^lle). — Hémorragie intra-abdominale par rupture de vaisseaux variqueux d'un kyste du corps jaune (*Société d'Obstétrique et Gynécologie de Strasbourg*, 1935).

N°	AUTEUR	AGE	ANTÉCEDENTS OBSTÉTRICAUX	ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES FONCTIONNELS ET PATHOLOGIQUES	SIGNES GÉNÉRAUX RENCONTRÉS	SIGNES PHYSIQUES	SIGNES BIOLOGIQUES	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	OPÉRATION PRATIQUÉE	CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES	RÉSULTAT THÉRAPEUTIQUE
1	KREIS	35	Multipare.		Aménorrhée de 2 mois. Colostrum aux seins.	Utérus agrandi. Tumeur Kystique à D.		Kyste ovaire D. Pas de grossesse.	Exérèse du Kyste.	Volumineux corps jaune en pleine activité.	Les signes de grossesse disparaissent.
2	KREIS	29	Nullipare.	Stérile en 3 ans de mariage.	Retard de règles 24 jours. Brusque hémorragie avec douleur.	Utérus agrandi et mou. Petite tumeur à D.		Kyste lutéinique à D. Un autre plus petit à G.	Annexectomie D. Ovariectomie G.	2 Kystes lutéiniques en phase de regression.	
3	GREENHILL			Hémorragie Vaginale durant depuis 1 mois.		Annexe D. grosse. Masse Kystique à G.		Kyste du corps jaune à G. Gestation tubulaire à D.	Hystérectomie.	Cellules lutéiniques	Bon.
4	WAGNER	30			Aménorrhée de 8 semaines. Calostrum. Vagin bleuâtre mou.	Utérus enflé et mou. Tumeur molle à G.		Utérus du volume grossesse de 6 semaines. Ovaire G. Kystique.	Exérèse annexe G.	La paroi du Kyste est formée de cellules lutéiniques.	Production de lait et pertes noirâtres 4 jours. Puis les signes disparaissent.
5	WAGNER	34			Aménorrhée de 4 mois. Signes secondaires de grossesse.	Utérus augmenté de volume.		Multiples Kystes lutéiniques.	Exérèse de tout l'appareil génital.	Kyste lutéinique typique.	2 semaines plus tard on découvre une tumeur de l'hypophyse.
6	VAN ROY	15		Virginité.	Aménorrhée de 6 mois. Signes secondaires de grossesse.	Utérus petit. Ovaires volume normal.	Aschheim - Zondeck négatif.		Non opérée.		
7	TEN BERGE	29	1 enfant 4 ans. 1 abortus.		Depuis 2 ans règles irrégulières. Douleur, nausées depuis 3 mois.	Tumeur Kystique de l'ovaire D.		Kyste ovaire D. volume œuf.	Exérèse ovaire D.	Le kyste est lutéinique.	Les troubles cessent. Les règles se normalisent.
8	TEN BERGE	38	9 enfants. 8 abortus.	Opérée il y a 10 ans pour tumeur de l'ovaire D.	Douleur abdominale. G depuis plusieurs semaines.	Kyste ovaire G.		Utérus mou ressemble à une jeune grossesse. Kyste ovaire G.	Hystérectomie. Ablation du Kyste.	Kyste lutéinique. La muqueuse utérine est en sécrétion.	
9	AMARAL SILVA	39		Troubles gynécologiques.	Colostrum. Signes sympathiques de grossesse.	Dans le cul de sac D. tumeur douloureuse.	Aschheim - Zondeck nettement positif.	Tumeur teinte vermeille intense.	Ablation de la tumeur.	Kyste lutéinique hémorragique et salpingite suppurée.	Bon.
10	Mlle WEHRUNG	30	1 grossesse extra utérine.		Douleurs fosse iliaque G. avec aménorrhée 4 mois 1/2. Puis douleur syncopale.	Utérus un peu gros. Tuméfaction à G.		Kyste rompu à l'annexe G. Hémopéritoine abondant.	Annexectomie G.	Kyste du corps jaune.	Bonnes suites opératoires.
11	GUILLEMIN	34			Métrorragies répétées. Douleurs fosse iliaque G. Nausées.	Masse annexielle G. volumineuse, douloureuse.		Trompe G. de calibre banane remplie d'un caillot. Kyste ovaire.	Ablation en bloc de trompe et ovaire G.	A l'ovaire Kyste Lutéinique rompu, communique.	Guérison.
12	MOLIN	35	1 accouchement il y a 6 ans.	Réglée à 12 ans toujours un peu irrégulièrement avec douleurs.	Souffre à G. de plus en plus. Règles parfois très abondantes.	Gros ovaire G. très douloureux.		Utérus un peu gros. A l'ovaire G. nodule ayant l'aspect d'un C. J.	Castration G.	Kyste lutéinique. Paroi formée de cell. de C. J.	Suites simples. La malade quitte l'hôpital ne souffrant plus.
13	MOLIN JAMIN CONDAMIN	26	2 accouchements le 1er au forceps.	Règles régulières toujours un peu douloureuses.	Depuis 3 mois troubles des règles douleurs. Brusque douleur à D.	Utérus un peu gros. Masse annexielle D.		Ovaire D. recouvert par l'épiploon infiltré de sang. Foyer hémorragique au contact d'un volumineux C. J.	Ablation.	Volumineux C. J. Kystique.	Les douleurs disparaissent. Les règles se normalisent.
14	COUVELAIRE		1 grossesse normale.		Aménorrhée de 3 mois. Signes secondaires de grossesse.	Dans le cul de sac D. masse arrondie. Ovaire G. volumineux.	Réaction Brouha positive.	Kyste ovaire D. volumineux. Ovaire G. scléro kystique.	Ablation Kyste D. sans toucher à l'ovaire G.	Le Kyste est lutéinique renferme un liquide brunâtre.	Les signes de grossesse disparaissent.

N°	AUTEUR	AGE	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES FONCTIONNELS ET PATHOLOGIQUES	SIGNES GÉNÉRAUX RENCONTRÉS	SIGNES PHYSIQUES	SIGNES BIOLOGIQUES	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	OPÉRATION PRATIQUÉE	CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES	RÉSULTAT THERAPEUTIQUE
15	DESNOYER & MAYER	31	Nullipare.	Réglée à 13 ans régulièrement mais abondamment.	Hémorragies irrégulières. Douleurs passagères.	Utérus petit. Masse sphérique dans le cul de sac D.	Réaction biologique à la lapine positive.	Utérus petit. Kyste ovaire D. Pas de gestation ectopique.	Ovariectomie D.	La paroi du Kyste est formée de cellules lutéiniques typiques.	Les hémorragies cessent. La réaction devient négative.
16	PETIT	28	1 grossesse.	Réglée à 14 ans. Métrite à 18 ans. - Depuis 8 ans métrorragie dysménorrhée.	Aménorrhée de 2 mois. Prurit ; insomnie.	Col gros, corps volume grossesse de 2 mois. Masse Kystique en arrière.	Réaction lapine positive.	Deux masses polykystiques ovariennes de chaque côté de l'utérus.	Ablation des 2 masses. Appendicectomie.	Kyste lutéinique et C. J. de grossesse.	Avortement spontané 3 jours plus tard.
17	COUVELAIRE	36	3 grossesses normales. 1 abortus.	Réglée à 12 ans toujours régulières. Phlébite postpartum.	Aménorrhée 3 mois 1/2 puis hémorragies 8 jours. Nausées. Albuminurie hypertension.	Utérus d'au moins 3 mois. Cul de sac D. douloureux.	Réaction lapine positive. Prolanémie : 100 u. lapin.	Annexe D. Kystiques.	Annexectomie.		Avortement molaire, phlébite, infarctus pulmonaire et mort.
18	PICAUD	29		Salpingite il y a 2 ans et depuis règles irrégulières.	Crise douloureuse subaigüe avec retentissement digestif.	Toucher : salpingo ovarite bilatérale.		Utérus métrité. Trompes bouchées. Ovarite suppurée D. Kystiques G.	Extirpation de tout l'appareil génital.	Kyste lutéinique hémorragique. C. J. Kystique.	Bon.
19	PICAUD	40		Habituellement bien réglée. N'a jamais souffert.	Deux crises douloureuses violentes avec pertes jaunâtres.	Grosse masse douloureuse perceptible dans le Douglas.		Grosses annexes G. adhérentes. Trompe distendue par épanchement.	Hystérectomie subtotale	Trompe : salpingite aigüe. Ovaire : Kyste lutéinique hémorragique.	Guérison.
20	PICAUD	30		Depuis 3 ans crises répétées salpingite. Règles en avance.	Crise douloureuse actuelle D.	Masse douloureuse dans le Douglas et le cul de sac D.		Masse D. adhérente à l'épiploon au cœcum à l'intestin et l'appendice.	Hystérectomie subtotale	Volumineux Kyste lutéinique infecté et hémorragique. Autre Kyste lutéinique hémorragies.	Bon.
21	COSACESCO & DRAGANESCO	36		Règles normales jusque il y a huit ans.	Depuis 8 ans aménorrhée avec modifications des caractères sexuels secondaires.	Utérus un peu petit. Ovaire G. du volume d'une mandarine.		Tumeur ovarienne jaune d'apparence Kystique.	Ablation de la tumeur homogreffe ovarienne.	Cellules lutéiniques. Amas de cholestérine.	Réapparition des règles. Régression des troubles sexuels secondaires.
22	BINGEL	47	4 enfants.	R. A. S.	A 35 ans disparition des règles pilosité masculine. 40 ans douleurs, glycosurie.	Légère hypertrophie utérine. Tumeur annexielle à D.		Fibromyone utérin. Tumeur de l'ovaire D.	Ablation des tumeurs.	Tumeur ovarienne de C.J. et en certaines places granuleuses.	Le virilisme régresse en 2 ans mais l'hirsutisme persiste partiellement.
23	BINET & Mlle DEVIN	23	Stérile en 2 ans de mariage.	A 12 ans caractères sexuels secondaires, mais n'a jamais été réglée.	Depuis 6 semaines douleurs abdomen, nausées, bouffées de chaleur.	Corps utérin normal, col peu développé. Kyste à l'ovaire droit.		Adhérences péri utérines et salpingiennes 3 Kystes à l'ovaire D. Ovaire G. scléreux Trompes oblitérées.	Ablation des ovaires.	Ovaire G. sclérose avec follicules atrétiques. Ovaire D. Kystes folliculaires lutéin.	Bonnes suites opératoires.
24	Pr. FIGARELLA	23	1 abortus.	Réglée à 11 ans. Retards depuis 18 ans. Toujours une légère leucorrhée.	Douleurs surtout aux règles. Les retards augmentent.	Douleur fosse iliaque D. Ovaire D. volumineux douloureux.		Utérus normal. Ovarite scléro Kystique surtout D.	Ovariectomie D. Résection du nerf présacré.	Ovaire du volume d'un œuf. Gros C.J. actif Kystique. Kystes.	Disparition des douleurs.
25	Pr. FIGARELLA	24	2 enfants.	Règles irrégulières mais tous les 40 jours, abondantes durée 7 jours.	Crise violente analogue à 2 autres : douleur syncopale D., vomissements.	Point de Mac Burney sensible. Cordon annexiel douloureux à D.		Appendice tuméfié trompe D. enflammée ovaire saignant avec kystes.	Appendicectomie. Annexectomie D.	Ovaire vasodilatation K. L. hémorragie et foyer hémorr.	Suites simples.
26	Pr. FIGARELLA	35	1 abortus.	Réglée à 13 ans 1/2 avec retards puis régulières. Métrite il y a 5 ans.	Douleur lombo abdominale G. devenue continue.	Utérus petit. A G. masse Kystique rénitente non douloureuse.		Gros ovaire kystique G. volume orange, adhérent à l'épiploon.	Annexectomie G.	Enorme Kyste du C.J.	Suites normales.
27	Pr. FIGARELLA	33	Pas d'accouchement ni d'abortus.	Règles régulières tous les 28 jours un peu douloureuses.	Aménorrhée depuis trois mois. Douleur G. Nausées, constipation, abdomen a grossi.	Utérus petit. Ovaire G. Kystique Masse Kystique à D.	Brouha positif.	Adhérences épiploon cologénitales Kyste bilatéral.	Hystérectomie subtotale	Kystes lutéiniques.	La malade ne souffre plus.
28	Pr. FIGARELLA	36	5 enfants. 1 abortus. 1 enfant mort-né.	Règles à 14 ans normales sans avance ni retard.	Métrorragies irrégulières avec caillots. Douleur à droite s'irradiant vers le sacrum.	Légère rétroversion. Masse dure douloureuse dans le cul de sac D.		Trompe D. volumineuse qui donne une hémorragie. Kyste ovaire D.	Annexectomie D.	Ovaire : Kyste lutéinique. Trompe : infarcissement.	Les troubles cessent.